



FACULTAD DE FARMACIA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

TRABAJO FIN DE GRADO

TÍTULO:

***MEJORA DE LA ADHESIÓN TERAPEÚTICA
EN EL PACIENTE POLIMEDICADO***

Un estudio comparativo descriptivo

Autores: Giménez Rebollo, Concepción; Dacuña Gómez, Irene; Martín Rodríguez, Luis.

D.N.I.: 05440080-M; 03932393-Z; 47048583-J

Tutor: Jiménez Ferreres, Marta

Convocatoria: Febrero 2015

Mejora de la adhesión terapéutica en el paciente polimedicado.

Un estudio comparativo descriptivo.

Giménez-Rebollo, C; Dacuña-Gómez,
I Martín-Rod, L; Jiménez-Ferrerres, M

Resumen

Con el objetivo de valorar la mejora en la adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados, se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo comparativo en base a dos estudios diferentes.

Como primera línea se realizó un estudio transversal descriptivo a pacientes polimedicados (con 4 o más medicamentos prescritos), con el objetivo de evaluar el cumplimiento/incumplimiento en esta población. Tras este primer estudio, se llevó a cabo otro estudio transversal descriptivo, con el mismo objetivo de evaluación, esta vez en pacientes polimedicados usuarios de sistemas personalizados de dosificación (SPD).

En pacientes polimedicados usuarios de SPD se observó un cumplimiento terapéutico cercano al 55%; mientras que en pacientes polimedicados sin SPD dicho valor fue menor al 45%. La mejora del cumplimiento no fue de la magnitud esperada, lo que llevó a la conclusión de que la presencia del sistema SPD por sí solo no supone una mejora en la adhesión, sino que debe acompañarse de una serie de actividades.

Es de vital importancia la funcionalidad conjunta de todos los profesionales sanitarios, que permitiría conocer la función cognitiva del paciente, mejorar la educación sanitaria del mismo, o realizar un seguimiento de la adhesión al tratamiento en este grupo de personas.

Algún ejemplo de dichas actividades son el Programa de atención al mayor polimedicado de la Comunidad de Madrid o el realizado por el Sistema Nacional de Salud Británico^[5].

Palabras clave: polimedicado, sistema personalizado de dosificación, estudio observacional descriptivo comparativo, estudio transversal descriptivo

Abstract

In order to assess the improvement in the adherence to treatment in patients with polypharmacy, It has been conducted a comparative descriptive and observational study based on two different research.

As the first line a descriptive cross-sectional study was conducted to patients with polypharmacy (with 4 or more drugs prescribed), with the aim of assessing compliance / non-compliance within this population. Following this first study, it was conducted another descriptive cross-sectional study, with the same objective assessment in patients receiving multiple users customized dosing systems (SPD[®]).

In polymedicated patients users of SPD® it was observed a therapeutic compliance close to 55%; whereas in polymedicated patients without SPD® this value was below 45%. The bettering compliance was not of the expected magnitude, leading to the conclusion that the presence of the SPD® system by itself does not mean an improvement in adhesion, but should be combined with a series of activities.

It is of vital importance the combined functioning of all health professionals, who would allow to know patient's cognitive function, improve patient's health education and/or test the adherence to treatment within this group of people.

Some examples of these activities are elderly Care Program polymedicated of Madrid or by the British National Health System ^[5].

Keywords: polymedicated, customized dosing systems, “comparative descriptive observational” study, descriptive cross-sectional study,

Introducción

Causas e incidencia del incumplimiento terapéutico.

Actualmente, el consumo de fármacos en los pacientes mayores de 65 años supone más del 65% del total de todos los grupos terapéuticos según datos del Sistema Nacional de Salud ^[8]

El progresivo envejecimiento de la población (las personas mayores de 65 han aumentado de un 11 a un 17% en los últimos 30 años ^[8]) se asocia a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas que aparecen, en muchos casos, de forma simultánea (el 36% de los ancianos padece más de tres enfermedades simultáneas. ^[1] ^[12]

Esta situación supone una polifarmacia que se asocia, en pacientes que generalmente presentan limitaciones cognitivas y funcionales, a una mayor complejidad del manejo terapéutico. Se incrementa así, el riesgo de mala adherencia terapéutica (entre un 26 y un 56% ^[2]) y de efectos adversos evitables. ^[3]

Aunque existen varias formas de definir la polifarmacia o polimedicación, habitualmente se consideran en esta categoría las prescripciones a partir de 5 fármacos. ^[3]

Destaca, por tanto, el número de medicamentos como factor relacionado con los errores de medicación y la falta de adherencia al tratamiento. ^[1]

Las causas relacionadas con la falta de adherencia en el anciano han sido ampliamente estudiadas y clasificadas según distintos criterios. Algunos de ellas están recogidas en las TABLAS del ANEXO II

Dentro de estas causas, trabajos como el de Crespillo-García, E; et al. ^[2] y el de Mayou R; et al. ^[11] destacan la importancia de factores como la baja comprensión de la

enfermedad por parte del paciente o el posible deterioro cognitivo en el anciano, a la hora de desarrollar medidas de mejora del cumplimiento terapéutico. ^[2]

Sin embargo, con frecuencia existen situaciones en las que el paciente muestra un escaso grado de comprensión, o los profesionales sanitarios no valoran el estado mental del paciente, existiendo así un desconocimiento acerca de la capacidad del sujeto para manejar su medicación. ^[11]

Consecuencias económicas y humanas: PRM asociados.

Alrededor del 30% de los pacientes polimedicados presentan reacciones adversas a medicamentos (RAM) e interacciones medicamentosas. ^[3]. Algunos autores han indicado que cuando se utilizan 10 medicamentos el riesgo de sufrir una RAM llega casi al 100% ^[14]

Además, la polimedicación es un factor que se asocia a un mayor número de hospitalizaciones (entre un 5-17% de los ingresos hospitalarios se producen en ancianos ^[14]), visitas de enfermería al domicilio, fracturas, problemas de movilidad, malnutrición y muerte ^[15] ^[16] Lo que supone un alto coste económico y humano para la comunidad.

Podemos encontrar los problemas asociados más frecuentes en la siguiente Tabla ^[19]

PROBLEMAS MÁS FRECUENTEMENTE OBSERVADOS	
LA FALTA DE ADHERENCIA	(26%)
NECESIDAD DE TERAPIA ADICIONAL	(22%)
UTILIZACION DE FÁRMACO ERRONEO	(13%)
TERAPIA INNECESARIA	(13%)
REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS	(11%)
INFRADOSIFICACIÓN	(9%)
DOSIS EXCESIVAMENTE ELEVADAS	(5%).

Mejora del cumplimiento terapéutica: Sistemas de Dispensación Personificada (SPD®)

ANTECEDENTES

Para reducir la incidencia de efectos adversos y evitar posibles interacciones con los fármacos prescritos, es aconsejable adoptar de forma sistemática algunas recomendaciones en los pacientes polimedicados, como se muestra en la siguiente tabla. ^[3]

SISTEMATICA EN PACIENTES POLIMEDICADOS: ALGUNAS RECOMENDACIONES ^[5]

1. **CONOCER Y SEGUIR LOS CRITERIOS DE BEERS ACTUALIZADOS⁷, STOPP Y START⁸ O ADAPTADOS. LISTADO DE FÁRMACOS A EVITAR EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS, Y ANTE DETERMINADAS PATOLOGÍAS.**
2. **REVISIÓN PERIÓDICA DE LOS FÁRMACOS ADMINISTRADOS A CADA PACIENTE**
3. **FUNCIÓN RENAL Y HEPÁTICA DEL PACIENTE PARA AJUSTAR LAS DOSIS DE LOS FÁRMACOS SI SE REQUIERE.**
4. **VALORAR LA RELACIÓN BENEFICIO/RIESGO DE CADA FÁRMACO NUEVO QUE SE AÑADA A LOS QUE YA ESTÁ TOMANDO EL PACIENTE.**

Sin embargo, hasta la fecha, no hay estudios consistentes sobre el impacto clínico, económico y humano de la aplicación de estos criterios. ^[4] Pero es previsible, que la mejor adecuación de los tratamientos, junto a una mayor adherencia terapéutica, redunde en tratamientos más efectivos y con un menor número de eventos adversos y complicaciones sanitarias; y por ende, una mejora en la efectividad de la utilización de los recursos sanitarios ^[5]

Es importante también, seguir estas recomendaciones desde un punto de vista multidisciplinar. Implicando tanto a atención primaria, como a especializada, tanto a profesionales sanitarios como a los propios pacientes. Recuperando así, el enfoque global del enfermo y optimizando los recursos sanitarios ^[7]

Para esto, un posible camino es la gestión de un proceso que abarque desde la primera visita al médico hasta su dispensación en la farmacia, creando puntos críticos sobre la información de la medicación. ^[1] Destacando entre ellos el papel del farmacéutico ^[3] ^[13].

El abordaje multidisciplinar debe realizarse según los criterios de la siguiente tabla.

CARÁCTER MULTIDISCIPLINAR EN LA MEJORA COMUNICACIÓN		
<u>MEDICO:</u>	<u>ENFERMERÍA</u>	<u>PERSONALES SANITARIOS DE FORMACIÓN ESPECÍFICA</u>
IMPORTANCIA, OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO CONOCIMIENTOS ENFERMEDAD ^[9]	ENSEÑA PROCEDIMIENTO/ TRATAMIENTO. PREPARAR AL PACIENTE PARA QUE COMPRENDA Y SE PREPARE MENTALMENTE ^[8] ^[10]	(MÉDICOS CLÍNICOS, FARMACÉUTICOS CLÍNICOS Y COMUNITARIOS): REVISIÓN DEL TRATAMIENTO REESCRITO. ^[12]

Por último, como mencionábamos antes, uno de los problemas más habituales en cuanto al cumplimiento terapéutico es la dificultad para detectar el deterioro cognitivo del paciente y, por consiguiente la pregunta:

“¿Cuándo se debe retirar a un paciente la autogestión de su tratamiento?”^[2]

En estos casos, se debe recordar que el uso de sistemas telemáticos recordatorios puede ser útil en demencias leves, pero siempre con una cuidadosa evaluación de los mecanismos y usos del paciente.

En este contexto, empiezan a ponerse en marcha en Estados Unidos (Universidad Iowa, Medicare, FDA) y en países europeos (Sistema Nacional Salud Británico) iniciativas para la “revisión de medicamentos” a través del programa de “bolsa marrón” contando con la participación del farmacéutico comunitario.

Estas iniciativas darán lugar a implantación de programas como la Estrategia SERGAS^[6] en Galicia, o el Programa de Atención al Mayor Polimedicado de la Comunidad de Madrid, que utilizan los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD[®]), que han resultado de gran utilidad en la mejora del cumplimiento terapéutico.

Gracias a estos sistemas, en países como Canadá o Reino Unido se llega a conseguir una mejora de la adhesión del 80% frente al 30% conseguido con la dispensación tradicional, y en España hay trabajos que recogen cumplimientos del 99%^[17] con un alto grado de satisfacción por el usuario.^{[17][18]}

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.

1.OBJETIVOS

El programa consiste en utilizar envases específicos, que permiten acceder a la medicación que necesita el paciente en cada toma y día de la semana. Su objetivo es evitar confusiones y facilitar al máximo el tratamiento, siendo especialmente útil en pacientes que toman más de cuatro fármacos, utilizan de dosis decrecientes, alternadas o irregulares, o en pacientes invidentes.

Como se muestra en la figura 4, hay muchos modelos de sistemas SPD[®] que varían en función de las necesidades del paciente y las características de la farmacia que preste el servicio. Pero, por lo general, suele tratarse de blíster acompañados de un cartón con dibujos y colores llamativos que ayuden al paciente a seguir la pauta posológica.

2. POBLACIÓN DIANA

Población mayor 75 años residente en la Comunidad de Madrid y que tome seis o más principios activos diferentes.

No se incluirán pacientes que tengan niveles de demencia relativamente avanzados, dado que en estos casos los SPD[®] no se consideran una medida suficientemente fiable y eficaz.

Tampoco se incluirán pacientes cuya medicación incluya jarabes, sueros, inyecciones, aerosoles o supositorios. Ya que los blíster no pueden asegurar la estabilidad del fármaco en éstos casos.

3. ESQUEMA CAPTACIÓN

Captación activa desde el Centro de Salud y la oficina de farmacia, y captación pasiva a través de los medios de comunicación
(Ver esquema anexo III)

4. VALORACIÓN

En el esquema de captación y valoración recogido en el anexo III, se describen los pasos que deben realizar y los criterios a tener en cuenta para saber si el SPD® está siendo efectivo, si se debe derivar a un especialista o complementar el sistema con la ayuda de una persona que gestione la medicación.

Así mismo, en este esquema se observa como médico, farmacéutico, enfermera y cuidadores pueden llegar a realizar un seguimiento y valoración de una forma perfectamente coordinada.

Los puntos clave del proceso de valoración vienen recogidos según la siguiente tabla ^[5]

VALORACIÓN ^[5]	
EL MÉDICO	LA ENFERMERA
<ol style="list-style-type: none"> <u>REVISIÓN DE TRATAMIENTOS</u> <u>“LA HOJA DE MEDICACIÓN”</u> EN LA QUE FIGURA EL LISTADO DE FÁRMACOS PRESCRITOS CON LA POSOLOGÍA, CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS EN CUANTO A SU ADMINISTRACIÓN Y LA FECHA DE INICIO Y FIN DE CADA TRATAMIENTO (Fig. 1). EL PACIENTE DEBERA TENER ESTA HOJA ACCESIBLE CUANDO NECESITE ACUDIR A URGENCIAS O A LA CONSULTA DE OTROS PROFESIONALES 	<ol style="list-style-type: none"> <u>COMPROBAR</u> LOS MEDICAMENTOS QUE APORTA EL PACIENTE COINCIDEN CON LOS RECOGIDOS EN LA HISTORIA CLINICA, REFLEJANDO TANTO AUSENCIAS COMO LA UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS NO PRESCRITOS. <u>VALORAR</u> EL GRADO DE CONOCIMIENTO QUE TIENE EL PACIENTE SOBRE SU MEDICACIÓN PRINCIPALMENTE: INDICACIÓN, POSOLOGÍA, TOMA DE MEDICAMENTOS CONFORME A LO PRESCRITO <u>REGISTRAR</u> LOS PROBLEMAS DETECTADOS TALES COMO FALTA DE ADHERENCIA, DUPLICIDADES TERAPÉUTICAS, SOSPECHA DE RAM... <u>VALORACION COGNITIVA Y SOCIAL</u> DEL PACIENTE Y SU ENTORNO CON EL FIN DE DETECTAR SI EL PACIENTE REQUIERE INSTRUMENTOS QUE LE AYUDEN A MEJORAR EL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO: ETIQUETAS IDENTIFICATIVAS EN LAS CAJAS DE LOS

MEDICAMENTOS, SPD® RECICLABLES, O SPD® DE UN SOLO USO, SELLADOS.

5. **VALORACION** **DEFICIT**
OFTALMOLOGICOS, AUDITIVOS O
DESTREZA MANUAL QUE DIFICULTE LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.
6. **.REALIZACION DE TEST** COMO GUIA
PARA QUE ESTA PUEDA SELECCIONAR EL
TIPO DE SPD MÁS ADECUADO PARA
CADA PACIENTE

5. COORDINACIÓN ENTRE PROFESIONALES

Se procurara, en beneficio del paciente, una comunicación fluida entre los profesionales sanitarios del Centro de Salud y de las Farmacias adheridas en el Programa. Para ello se simplificaran al máximo los documentos de relación entre los profesionales sanitarios y se utilizara para la comunicación la vía telefónica o el correo electrónico.

También se podrán utilizar los Grupos de Coordinación Asistencial como foros en los cuales se pueda hacer un seguimiento de estos pacientes.

6. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

- a) Entrevista sistematizada con el fin de detectar las necesidades del paciente y detectar problemas con el uso de los medicamentos
- b) Educación sanitaria
- c) Seguimiento de la adherencia terapéutica. Revisión de la preparación del sistema personalizado de dosificación y preparación del mismo si procede.(Fig. 3)

Objetivos:

Se busca analizar la necesidad y eficacia de los sistemas de dispensación personificada (SPD®) en el contexto actual, mediante un estudio comparativo de la mejora de la adhesión en los pacientes susceptibles de seguir este programa (mayores polimedicados).

Además, este estudio supone una aproximación a las perspectivas a largo plazo, mejoras y deficiencias de dicho sistema.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo comparativo en varias farmacias de la Comunidad de Madrid entre los meses de Octubre de 2014 y Enero de 2015.

Para ello se realizaron unas entrevistas a los sujetos que participaron en el estudio. Las entrevistas se realizaron de forma estandarizada y aleatoria en dos fases.

Fase I

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal entre los meses de Octubre y Noviembre de 2014 dirigido a pacientes que acudieron a la oficina de farmacia a retirar su medicación y que tomaban cuatro o mas principios activos diferentes. Se procedió a la captación activa de estos en tres farmacias comunitarias de la comunidad de Madrid.

Mediante el Test Morisky- Green^[5] se evaluó la adhesión al tratamiento de los pacientes y en los casos en los que no se cumplía con él se procedió a detectar los PRM (problemas relacionados con el uso de la medicación).

Criterios de inclusión:

- Pacientes polimedicados (consumo de 4 o más medicamentos durante un periodo igual o superior a 6 meses)

El test de Morisky-Green (ver anexo 1) es un método muy utilizado para evaluar si el paciente cumple o no el tratamiento terapéutico y consta de las siguientes preguntas:

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal ¿deja usted de tomarla?

En todos los casos se debe responder SI o NO.

Se consideran pacientes que cumplen el tratamiento a quienes contestan de forma “correcta” a las cuatro preguntas, es decir NO/SI/NO/NO.

Para profundizar en las distintas causas de incumplimiento y características de los pacientes se incluyeron otras dos preguntas:

→ ¿Tiene ayuda el paciente para la toma de su medicación o se encarga él mismo?

→ ¿Toma medicamentos psicótrpos o que afecten al sistema nervioso central?

Fase II

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal entre los meses de Diciembre de 2014 y Enero de 2015 cuya población de estudio fueron pacientes polimedicados usuarios de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD®). Se procedió a la captación activa de estos en distintas farmacias comunitarias de la Comunidad de Madrid.

Para dicho estudio, los criterios de inclusión son:

- Pacientes polimedicados (consumo de 4 o más medicamentos durante un periodo igual o superior a 6 meses)
- Usuarios de un Sistema Personalizado de Dosificación (SPD®).

Los pacientes incluidos en el estudio contestaron a las mismas preguntas que los anteriores.

Fase III

Una vez recogidos los datos de las dos fases anteriores, se compararon y discutieron.

Además, se realizó una revisión de los antecedentes bibliográficos relativos a los sistemas de dispensación personificada y el incumplimiento terapéutico en el anciano con objeto de profundizar más en el significado de los resultados obtenidos.

Dicha búsqueda se realizó a través de las bibliotecas virtuales de libre acceso PubMed® y SciELO® ambas especializadas en literatura científica biomédica, donde se encontraron los artículos que se recogen en la bibliografía.

Resultados

Se observó una mejora en la adherencia terapéutica en usuarios de SPD en ambos sexos, aunque sigue existiendo mayor cumplimiento terapéutico en el grupo de las mujeres (Figura 1)

Los usuarios más comunes de SPD parecen ser personas mayores de 65 años, pero sobretodo pacientes que sobrepasan los 75 años. En ambos grupos de población se observó una marcada disminución del incumplimiento (Fig. 2.0 y 2.1)

La población que requiere de ayuda externa en mayor medida son las personas mayores de 75 años, en donde se vio que disminuía el porcentaje de incumplimiento, al tener, aparte de la ayuda externa, el SPD. Por otra parte, en los pacientes usuarios de SPD sometidos a estudio, y que no tenían ayuda, se observó un incumplimiento del 70% (Fig. 3.0 y 3.1)

Entre los distintos motivos de abandono de la medicación fue apreciada una marcada disminución en el incumplimiento intencionado. Es decir, los pacientes polimedicados usuarios de SPD, abandonan en menor proporción el tratamiento ante un PRM o simplemente por el hecho de encontrarse mejor, que en el caso de pacientes polimedicados no usuarios de SPD (Fig. 4.0 y 4.1)

Entre los pacientes estudiados que se encontraban en tratamiento con psicótrópos se vio una mejora en el cumplimiento terapéutico entre los pacientes que tomaban psicótrópos y que además eran usuarios de SPD, frente a los que no lo usaban (Fig. 5.0 y 5.1)

Por último, se comparó el cumplimiento entre los pacientes con y sin ayuda externa que tomaban psicótrópos. Se observó un mayor cumplimiento en pacientes usuarios de SPD en ambos casos, tanto en los casos de psico+ayuda, como en los casos de psico+no ayuda (Fig. 6.0 y 6.1)

Fig.1. CUMPLIMIENTO GENERAL: HOMBRES / MUJERES

	HOMBRES	MUJERES
SI	38,47%	45,1%
NO	61,53%	54,90%

	HOMBRES	MUJERES
SI	50%	55,55%
NO	50%	44,45%

Fig.2.0 CUMPLIMIENTO POR EDADES EN NO USUARIOS DE SPD

	<50	50-65	66-75	>75	>90
SI	5	5	10	14	4
NO	1	4	17	28	2
N%	16,6	44,4	62,9	66,6	33,3

Fig. 2.1 CUMPLIMIENTO POR EDADES EN USUARIOS DE SPD

	<50	50-65	66-75	>75	>90
SI	0	0	50%	58,3%	0
NO	0	100%	50%	41,6%	0

Fig.3.0 PACIENTES NO USUARIOS DE SPD CON AYUDA EN LA GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

	50-65	66-75	>75	>90
CUMPL	1(100%)	5	11	4
INCUMPL.	0	1(16%)	7(39%)	2(33%)

Fig. 3.1 PACIENTES USUARIOS DE SPD CON AYUDA EN LA GESTIÓN DE LA MEDICACIÓN

	50-65	66-75	>75	>90
CUMPL.	0	50%	66,66%	0
INCUMPL.	0	50%	33,34%	0

Fig.4.0 PRINCIPALES TIPOS DE INCUMPLIMIENTO ANALIZADOS EN NO USUARIOS DE SPD

TIPOS ANALIZADOS	INCUMPLIMIENTO TOTAL
POR	69,23%

OLVIDO	16,66% (olvido >24h)
INTENCIONADAMENTE	88,46%
	93,47% (tras un PRM)
PSICÓTROPOS	63,15%

Fig. 4.1. PRINCIPALES TIPOS DE INCUMPLIMIENTO ANALIZADOS EN USUARIOS DE SPD

<i>TIPOS ANALIZADOS</i>	<i>INCUMPLIMIENTO TOTAL</i>
POR OLVIDO	92,85%
	30,76% (olvido >24h)
INTENCIONADAMENTE	42,85%
	100% (tras un PRM)
PSICÓTROPOS	92,85%

Fig.5.0. CUMPLIMIENTO EN PACIENTES NO USUARIOS DE SPD EN TRATAMIENTO CON PSICÓTROPOS

	<i>PSICO</i>	<i>NO PSICO</i>
SI	14	28
NO	24(63,15%)	24(46,15%)

Fig. 5.1. CUMPLIMIENTO EN PACIENTES USUARIOS DE SPD EN TRATAMIENTO CON PSICÓTROPOS

	<i>PSICO</i>	<i>NO PSICO</i>
SI	50%	75%

NO	50%	25%
----	-----	-----

Fig. 6.0. CUMPLIMIENTO EN PACIENTES NO USUARIOS DE SPD EN TRATAMIENTO CON PSICOTROPOS CON O SIN AYUDA EXTERNA

	CUMPLIMIENTO	INCUMPLIMIENTO
PSICO+NO AYUDA	2(14,29%)	12(85,71%)
PSICO+AYUDA	12(50%)	12(50%)

Fig. 6.1. CUMPLIMIENTO EN PACIENTES USUARIOS DE SPD EN TRATAMIENTO CON PSICÓTROPOS CON Y SIN AYUDA EXTERNA

	CUMPLIMIENTO	INCUMPLIMIENTO
PSICO+NO AYUDA	25%	75%
PSICO+AYUDA	61,11%%	38,88%

Discusión

En la primera fase del estudio, al valorar la adhesión al tratamiento a partir del test Morisky-Green, observamos que el incumplimiento terapéutico es mayor al 55%, siendo éste menor en hombres que en mujeres. Cuando comparamos este porcentaje con el obtenido en segunda fase del estudio (población usuaria de SPD) observamos que el incumplimiento general es 46,66% siendo también en este caso menor en hombre que en mujeres.

El número de mujeres incluidas en el estudio fue mayor que el de hombres, de manera que los datos no son del todo concluyentes en este sentido.

Con el uso de SPD cabría esperar una mejora más significativa de la adhesión terapéutica. Que no sea así puede relacionarse, por un lado, con el hecho de que la población de estudio no era lo suficientemente abultada y por otro, a la reciente implantación de estos sistemas en la comunidad de Madrid, todavía no muy afianzados.

Al analizar las poblaciones que acudían a las farmacias en las que se realizó el estudio, se observó que el perfil de pacientes de cada una de ellas varía en cuanto a edad y hábitos. Mientras que unas presentan una población esencialmente joven y “de paso”, en las otras encontramos mayor número de personas pertenecientes a la tercera edad, que acuden de forma habitual a la farmacia. En estas últimas también aparece con más frecuencia la figura de cuidadores o familiares que acompañan a estos pacientes.

En ambas fases se clasificó la población en distintos intervalos de edad y se valoró la adhesión al tratamiento de los distintos grupos.

Pacientes menores de 65 años

En general el cumplimiento de estos pacientes es bastante bueno, por lo que la mayoría de estudios de esta línea no incluyen a este grupo de pacientes. No obstante, sería interesante reconsiderar la aplicación de SPD en determinados casos específicos, como serían, por ejemplo, personas invidentes.

Pacientes mayores de 65 y menos de 75 años

Son estos pacientes los que presentan un incumplimiento terapéutico mayor al resto de los grupos (superior al 60%). Con el uso de SPD se observa una mejora de la adhesión del 10%. No obstante, la población estudiada en la segunda fase fue significativamente menor que en la primera, por tanto cabe esperar que la mejora de la adhesión fuese mayor si las muestras de estudio de ambas fases fueran similares.

Pacientes mayores de 75 y menores de 90 años

La mayor parte de los sujetos entrevistados en ambas fases pertenecen a este grupo.

El mayor incumplimiento del tratamiento se presenta en esta franja de edad y en la anterior. La presencia de SPD en esta franja supone la mejora más apreciable de la adhesión.

Pacientes mayores de 90 años

La mayoría de los estudios no recogen pacientes con edades superiores a 90 años, ya que por lo general, estos pacientes tienen una persona que les ayuda a gestionar su tratamiento (cuidadores, familiares...) y como consecuencia, el incumplimiento disminuye.

A pesar de esto, en pacientes mayores de 90 años sigue habiendo un 33% que incumple, mucho más de lo que cabría esperar según lo anterior. Esto se ha atribuido, normalmente, a que los pacientes reciben una forma de administración errónea o a que presentan alteraciones neurológicas que dificultan el trabajo del cuidador. Sin embargo, debemos señalar que, en estos casos, el médico suele estar al corriente de estas limitaciones así como de cualquier incidente que haya ocurrido a lo largo del tratamiento.

En base a estos datos, se debería reconsiderar una implantación más firme de los SPD en este grupo de edad.

La falta de adhesión en pacientes polimedicados se produce fundamentalmente por:

- Olvidos en la toma de medicación (69,23%), bien por no tomarla habitualmente a la hora, o por no hacerlo de forma puntual.
- Abandono de la misma por voluntad propia (88,46%), que a su vez puede deberse a un PRM que no ha sido consultado con el médico, o al abandono de la medicación por parte del paciente sin causa aparente.

Llama la atención en este grupo, el elevado número de pacientes (93,47%) que consideran que deben dejar la medicación, ante un PRM, sin consultar previamente al médico.

- Prescripción de medicamentos psicótrópos. Fomenta pérdidas de memoria, confusión y alteración en la rutina diaria del paciente, y por tanto un mayor incumplimiento. (63,15%).

En pacientes con SPD se observó que:

- Olvidos en la toma de medicación (57,14%). No se manifiesta una mejora significativa en este aspecto. Esto puede deberse a la presencia de déficits cognitivos leves no detectados o a que el paciente no ha recibido y/o comprendido la información relacionada con el uso del SPD adecuadamente.
- Abandono de la misma por voluntad propia (42,85%). En este caso si se observa una disminución significativa del abandono, que se asocia a una mejor información acerca de su tratamiento. A diferencia de lo recogido en la fase I, ningún paciente deja el tratamiento sin causa aparente. El 100% lo hace como consecuencia de un PRM.
- Prescripción de medicamentos psicótrópos. (92,85%). Los pacientes que siguen un tratamiento con fármacos psicótrópos, a pesar de tener SPD, siguen manteniendo los efectos secundarios asociados a este tipo de medicación (pérdidas de memoria, confusión, alteración en la rutina diaria del paciente etc). Este problema solo se puede mejorar con la presencia de una ayuda externa que se haga cargo de su medicación o SPD. Por lo tanto es de esperar que el incumplimiento no varíe (o incluso aumente) con respecto a la fase I.

Cabe destacar que la presencia de una ayuda externa supone una ventaja siempre y cuando se trate de personas que dediquen la atención suficiente a supervisar la medicación o que tengan una formación básica al respecto (cuatro de cada cinco pacientes que tienen familiares supervisando sus SPD incumplen el tratamiento)

Conclusión

Con todo, los resultados obtenidos en este estudio refuerzan la hipótesis de que la adhesión al tratamiento es mucho menor en pacientes polimedicados y que los sistemas SPD suponen una mejora en este sentido. Además, el desarrollo de futuros estudios de cohortes, podría reafirmar dicha hipótesis todavía con más certeza.

En vista de los datos discutidos en este apartado se hace patente que la presencia de SPD mejora los resultados de adhesión pero no todo lo que cabría esperar. Este hecho se puede justificar en base a los siguientes puntos:

1. En ninguno de los dos estudios, pero especialmente en el realizado en la fase II, se contó con muestras de población lo suficientemente representativas. Esto se atribuye a que los sujetos que participaron se captaron en un número reducido de farmacias comunitarias. Teniendo esto en cuenta, no se pueden esperar datos reales a cerca de la ventaja o desventaja que puede suponer el uso de SPD en la mejora de adhesión al tratamiento.
2. Cabe la posibilidad de que algunos de los pacientes entrevistados como usuarios de SPD tuvieran algún trastorno cognitivo no detectado aún por los profesionales sanitarios. Esto quiere decir que, probablemente, no hagan un uso del todo correcto del sistema de dosificación y además nadie lo supervise. Para paliar este aspecto existen cuestionarios que ayudan a dar noticia del grado de dependencia y nivel cognitivo del paciente.

Para el primero se usa el test de Barber que engloba preguntas para saber si el paciente vive solo, si tiene a alguien que le preste ayuda cuando precisa de ella, si come caliente, si sus sentidos le funcionan... Sin embargo, algunos autores no recomiendan el uso generalizado de este cuestionario de Barber como herramienta de cribado en el anciano. Lo argumentan diciendo que al clasificar al anciano como vulnerable incluso con un solo “ítem” positivo estaríamos, quizás, sobrevalorando los pacientes susceptibles de recibir intervenciones específicas.

Para conocer el segundo se puede realizar el test de Pfeiffer, que consiste en realizar preguntas aparentemente sencillas como su nombre, edad o día de la semana [5]

3. El proceso debe estar acompañado de la colaboración de todos los profesionales sanitarios a la hora de la captación del paciente como del seguimiento posterior del tratamiento. Deben realizarse entrevistas sistematizadas con el fin de detectar las necesidades del paciente así como de problemas con el uso de medicamentos. De vital importancia es también ofrecer una adecuada educación sanitaria a los usuarios y realizar el seguimiento de la adherencia al tratamiento post-SPD.
4. Considerar ayuda personalizada y cualificada para aquellas personas usuarias de SPD que toman fármacos psicótrópos. Se puede sugerir a sus familiares o al propio paciente desde la oficina de farmacia o centro de salud que considere la posibilidad de que alguien gestione su tratamiento en lugar de hacerlo él mismo. Con esto se eliminaría un factor de riesgo de incumplimiento como es el hecho de que las propias RAM incrementen la falta de adhesión al tratamiento.
5. Optimizar la formación del personal. Todos los profesionales sanitarios que participen en el programa deberán tener los conocimientos suficientes para realizar las actividades recogidas en el mismo. Fuera del ámbito profesional, es

importante analizar la capacidad el paciente o su cuidador para hacer uso del SPD.

6. Seguimiento. Existe un enorme potencial de mejora en la calidad de estos sistemas si se interponen medidas que permitan un adecuado seguimiento farmacoterapéutico a los pacientes polimedicados. Realizar una revisión a los 3-4 meses de comenzar en el programa SPD ayuda a analizar si han mejorado los conocimientos del paciente acerca de su medicación y la adherencia terapéutica.

Algunos ejemplos de cómo mejorar la calidad de estos sistemas son el programa de atención al mayor polimedicado de la Comunidad de Madrid o el realizado por el Sistema Nacional de Salud Británico^[5]. Son programas con guías perfectamente detalladas y que se basan en la preparación por el farmacéutico de blísteres semanales con la medicación correspondiente de cada día y de un seguimiento del cumplimiento terapéutico así como de la evolución del paciente. Existiendo, además, una relación directa entre farmacéuticos, personal de enfermería o cuidador y médico, con objeto de optimizar el seguimiento.

Por lo tanto, se debería seguir investigando en esta línea en orden de valorar y optimizar la eficacia de este tipo de sistemas; así como de convertirlos en una realidad accesible para los ciudadanos, mediante el esfuerzo conjunto de los distintos profesionales sanitarios.

Bibliografía

[1] Fernández-Lisón, L. C; Barón-Franco, B; et al. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados. Farm Hosp 2006; 30 (5): 280-283.

[7] Blasco Patiño F, Martínez López de Letona J, Pérez Maestu R, Villares P, Carreño MC, Román F. Estudio piloto sobre el consumo de fármacos en ancianos que ingresan en un hospital. An Med Interna 2004; 21(2): 69-71.

[2] Crespillo-García, E.; Rivas-Ruiz, F; et al. Conocimientos y percepciones que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. Rev Calid Asist. 2013; **28(1)**:56---62

[8] Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Información Sanitaria. Consumo farmacéutico por grupos terapéuticos, edad y sexo. Porcentajes. Octubre 2004. [Citado 1 Jul 2010]. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ConsumofarmaceuticoportramosedadysexoI.pdf>

[9] Palop Larrea V; Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud. 2004; 28:113-20.

[10] Andalucía. Comisión para el desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2004.

[11] Mayou R; Williamson B; Foster A. Attitudes and advice after myocardial infarction. Br Med J. 1976; 26:1577-9.

[3] Gabriel Coll de Tuero. Revisión de la medicación en pacientes polimedicados. Comentario editorial. CAP Anglès, Girona, España. Unidad de Investigación, Instituto de Asistencia Sanitaria, Girona, España. Facultad de Medicina, Universidad de Girona, Girona, España.

[12] Frazier SC. Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals: an integrated literature review. J Gerontol Nurs. 2005; 31:4-11.

[13]. Molina López T, Juan Camacho JC, Palma Morgado D, Caraballo Camacho M, Morales Serna JC, López Rubio S. Revisión de la medicación en ancianos polimedicados en riesgo vascular: ensayo aleatorizado y controlado. Aten Primaria. 2012.

[4] Hill-Taylor, B; Sketris, I; et al. Review article: Application of STOP/ START criteria: a systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic and economic impact. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 2013, 38:360–372

[5] Bueno-Dorado, T; Carazo García, M; et al. . Programa de atención al mayor polimedicado para la mejora en la utilización de los medicamentos. Dirección general de farmacia y productos Sanitarios, Comunidad de Madrid, Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid.

Disponible en:

<https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paciente%20mayor%20polimedicado/Programa%20Polimedicado.pdf>

[14] Baena Díez JM, Martínez Adell MA, Peregrina T. Selección de medicamentos en el anciano (I). Características diferenciales y criterios genéricos de selección. FMC 2003;10(7):501-507

[15] Medicines and older people: an accident waiting to happen?. National Prescribing Service Newsletter.

Disponible en:

http://www.nps.org.au/resources/NPS_News/news34/news34.pdf

[16] Frazier SC. Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals: an integrated literature review. J Gerontol Nurs. 2005;31(9):4-11

[17] Avaluació de l'efectivitat d'un sistema personalitzat de dispensació en la millora de l'adherència al tractament i el control de les malalties de base en pacients polimedicats més grans de 65 anys.

Resumen disponible en http://www.farmaceuticonline.com/cgi-bin/farmapublic/premsa/consultar.pl?id_com=64

[18] Atozqui J, Díez Noguera A. Determinación del grado de satisfacción en el uso de un sistema personalizado de dosificación. Pharm Care Esp 2004; 6:91-94

[6] Reboredo-García, S; González-Criado, C; Casal-Llorente, M y C. Implantación de un programa de polimedicados en el marco de la Estrategia Gallega de Atención Integral a la Cronicidad. Aten Primaria. 2014; 46(3):33-40

[19] Doucette, W R; McDonough, RP; Klepser, D; McCarthy, R. Comprehensive Medication Therapy Management: Identifying and resolving Drug-related Issues in a Community Pharmacy. Clin Therap. 2005; 27(7):1104-1111.

ANEXO I: Test Morisky-Green [5]

TEST DE MORISKY-GREEN-LEVINE

Nombre		Edad	Fecha	
			SI	NO
1	¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?			
2	¿Toma los fármacos a la hora indicada?			
3	Cuando se encuentra bien ¿Deja alguna vez de tomarlos?			
4	Si alguna vez le sientan mal ¿Deja de tomar la medicación?			

Valoración: Para considerar un buen cumplimiento la respuesta de TODAS las preguntas deben ser ADECUADAS (no,si,no,no).

- ¿Lleva el paciente su medicación o tiene ayuda?
- ¿Está tomando medicamentos psicótrópos o que afecten al SNC?

ANEXO II:

TABLA 1

<i>FACTORES Y CAUSAS QUE CONDICIONAN LA FALTA DE ADHERENCIA</i>	<i>TIPO DE INCUMPLIMIENTO ANALIZADO ASOCIADO</i>
Factores relacionados con el paciente	
<ul style="list-style-type: none"> • Edad y Entorno cultural • Suposición de que el medicamento no es efectivo • Desacuerdo del paciente con respecto a la necesidad del tratamiento • Desmotivación, desinterés • Olvidos falta de memoria • Vacaciones • Olvidos por trastornos cognitivos y psicofármacos. • Escaso apoyo familiar y social con personas que viven solas. • Falta de formación de los ayudantes 	<ul style="list-style-type: none"> • edad • incumplimiento por voluntad propia • incumplimiento por olvido • incumplimiento asociado a psicofármacos • incumplimiento con ayuda en medicación
factores relacionados con el fármaco	
<ul style="list-style-type: none"> • Efectos adversos • Falta de beneficio a corto plazo • Complejidad del régimen terapéutico (Vía de administración, dosis, alteración de la vida diaria) 	<ul style="list-style-type: none"> • incumplimiento por voluntad propia • incumplimiento en mayores de 90 años
factores relacionados con la enfermedad	
<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación o rechazo • Falta de síntomas o “curación” • Gravedad • Interrecurrencia • Crónico 	<ul style="list-style-type: none"> • incumplimiento por voluntad propia.
factores relacionados con el sistema sanitario y sus profesionales.	
<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad • Falta de tiempo, dificultad de comunicación, mala relación en la comunicación profesional paciente • Instrucciones deficientes • Falta de seguimiento • Formación insuficiente del profesional • Descoordinación entre profesionales de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • incumplimiento por voluntad propia.

TABLA 2

CAUSAS RELACIONADAS CON LA FALTA DE ADHERENCIA EN EL ANCIANO ^[2] ^[5]	
ASOCIADAS AL SISTEMA SANITARIO:	RELACIONADOS CON EL INDIVIDUO:
NÚMERO DE MÉDICOS PRESCRIPTORES LA POLIMEDICACIÓN COMPLEJIDAD DE LA PAUTA POSOLÓGICA	LA DEPRESIÓN, LA EDAD, LOS PROBLEMAS DE VISIÓN FALTA DE DESTREZA DIFICULTAD PARA TRAGAR, CREENCIAS NEGATIVAS DETERIORO COGNITIVO

TABLA 3

CLASIFICACIÓN CAUSAS ^[2]	
EJES TEMÁTICOS Y SUBCATEGORÍAS DE ANÁLISIS SEGÚN LOS GRUPOS DE INFORMANTES CLAVE	EJEMPLOS DE LAS TRASCRIPTACIONES Y SUBCATEGORÍAS
<u>INGRESO HOSPITALARIO</u>	<u>INGRESO HOSPITALARIO</u>
<u>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA</u>	<u>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA</u>
1. <i>FALTA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE DEL TRATAMIENTO QUE TOMA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN Y AL ALTA TIEMPO DEDICADO A EXPLICAR EL TRATAMIENTO: ESCASO (DE 5 A 10 MIN). VARÍA EN FUNCIÓN DEL TRATAMIENTO, DEL INFORME MÉDICO, ETC</i>	«A MI ME VIENEN Y ME DICEN TÓMATELA, ¡PUES ME LA TOMO!» (ENTREVISTA 1. PACIENTES)
2. <i>NO SE EVALÚAN SÍNDROMES DE DETERIORO COGNOSCITIVO EN EL ANCIANO</i>	«A LA HORA DE DARLE A UN PACIENTE EL ALTA NO SE TIENEN EN CUENTA ESTE TIPO DE CIRCUNSTANCIAS DE SOLEDAD, DETERIORO COGNITIVO LEVE, ETC.» (GF 2. ATENCIÓN PRIMARIA)
<u>INTERVENCIÓN DEL ESPECIALISTA</u>	<u>INTERVENCIÓN DEL ESPECIALISTA</u>
1. <i>UTILIZACIÓN DE UN LENGUAJE TÉCNICO, NO ADAPTADO A LOS CUIDADORES Y PACIENTES</i>	«EL MÉDICO ME DIJO EL NOMBRE DE LA ENFERMEDAD CON EL NOMBRE TÉCNICO, YO NO ME ENTERÉ DE NADA, YO ME ASUSTÉ, ETC.» (GF 1. CUIDADORES)
2. <i>FALTA DE INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD POR LA QUE HAN SIDO INGRESADOS Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO</i>	<u>INFORME DEL ALTA HOSPITALARIA</u>
<u>INFORME DEL ALTA HOSPITALARIA</u>	«YO CREO QUE LAS PERSONAS MAYORES TIENEN DIFICULTAD PARA ENTENDER EL INFORME.» (ENTREVISTA 3. CUIDADORES)
1. <i>FALTA DE INFORMACIÓN DE TRATAMIENTOS SUSPENDIDOS, MEDICACIÓN HABITUAL, ETC.</i>	<u>INFORME DE CONTINUIDAD DE</u>
3. <i>FALTA DE VISIBILIDAD Y COMPRENSIÓN DEL</i>	

<p>APARTADO DE TRATAMIENTO PRESCRITO</p> <p><u>INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS</u></p> <p>1. <i>DESCOORDINACIÓN ENTRE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA</i></p>	<p><u>CUIDADOS</u></p> <p>«TENEMOS UN LIBRITO QUE SE LLAMA CUADERNOS DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS QUE NO USAMOS NINGUNO NI EN ATENCIÓN PRIMARIA NI EN EL HOSPITAL.» (GF1. ATENCIÓN PRIMARIA)</p>
<p><u>ALTA DOMICILIARIA</u></p> <p><u>DISPENSACIÓN EN LA FARMACIA</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>AYUDA EN LA POSOLOGÍA. ESCRITURA EN LA CAJA DE LOS MEDICAMENTOS DE LA PAUTA</i> 2. <i>LOS SUJETOS NO CONOCEN/CONFIRMAN LA CATEGORÍA PROFESIONAL DEL DEPENDIENTE</i> 3. <i>EL PROFESIONAL PUEDE PRODUCIR UN AUMENTO O DISMINUCIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO</i> 4. <i>FALTA DE COMUNICACIÓN DEL HOSPITAL A LA FARMACIA</i> <p><u>MANEJO DEL TRATAMIENTO</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. <i>DIFICULTADES EN LAS TOMAS POR LA POLIMEDICACIÓN.</i> 6. <i>CONFUSIÓN CON LOS GENÉRICOS. ACUMULACIÓN DE FÁRMACOS EN LOS DOMICILIOS (RECETA 21)</i> <p><u>REVISIÓN DEL ESPECIALISTA</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>FALTA DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS ESPECIALISTAS.</i> 2. <i>FALTA DE REVISIÓN DEL TRATAMIENTO</i> 3. <i>DUPLICIDAD TERAPÉUTICA VISITA A LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA</i> 4. <i>POCO TIEMPO DEDICADO AL PACIENTE POLIMEDICADO.</i> 5. <i>FALTA DE COORDINACIÓN ENTRE LOS ESPECIALISTAS Y ATENCIÓN PRIMARIA.</i> 6. <i>ELEVADA PRESENCIA DE SUJETOS EXTRANJEROS RESIDIENDO EN LA ZONA</i> 	<p><u>ALTA DOMICILIARIA</u></p> <p><u>DISPENSACIÓN EN LA FARMACIA</u></p> <p>«LE MANDARON 3 PASTILLAS Y ME DIJO LA SEÑORA DE LA FARMACIA: MIRA, TÚ PUEDES HACER LO QUE TU QUIERAS, PERO ESTO ES UNA BOMBA, EN VEZ DE DARLE 3 ¿PORQUÉ NO LE DAS 2?, Y 2 LE ESTOY DANDO» (ENTREVISTA 1. CUIDADORES)</p> <p><u>MANEJO DEL TRATAMIENTO</u></p> <p>«CON LA RECETA 21 SE ESCAPA UN POCO EL CONTROL DEL SEGUIMIENTO CORRECTO DEL TRATAMIENTO» (GF 2. ATENCIÓN PRIMARIA)</p> <p>«YO CUANDO VOY A COMPRAR EN LA FARMACIA Y ME DAN EL GENÉRICO NO QUIERO PORQUE MI PADRE PIENSA QUE LE HAN CAMBIADO EL TRATAMIENTO Y SE CONFUNDE, NO ENTIENDE QUE ES EL MISMO PERO CON OTRO NOMBRE» (GF 2. CUIDADORES)</p> <p><u>REVISIÓN DEL ESPECIALISTA</u></p> <p>«PERO HASTA LOS MÉDICOS TIENE SUS CONTRAINDICACIONES, TE MANDAN MEDICAMENTOS QUE SON CONTRAPRODUCTORES CON OTROS QUE TE HAN MANDADO» (ENTREVISTA 3. PACIENTES)</p> <p>VISITA A LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA</p> <p>«EL MÉDICO DE CABECERA MUCHAS VECES NO DA TIEMPO NI A DECIR BUENOS DÍAS, MUCHA GENTE Y MUCHA ESPERA» (GF 2. CUIDADORES)</p>
<p><u>PROBLEMAS COGNITIVOS</u></p> <p>1. <i>PROCESAMIENTO Y ORIENTACIÓN</i></p>	<p><u>PROBLEMAS COGNITIVOS</u></p> <p>«PORQUE LA MEMORIA EMPIEZA A</p>

COGNITIVA

2. **OLVIDO DE LA PAUTA POSOLÓGICA, NOMBRES DE LOS MEDICAMENTOS Y CONDUCTA REALIZADA.**
3. **DÉFICIT EN LA COMPRENSIÓN ESCRITA Y ORAL.**
4. **PRESENCIA DE DESORIENTACIÓN TEMPORAL, ESPACIAL Y ANALFABETISMO**

FALLAR COMO YO DIGO, A MI ME ESTÁ FALLANDO» (ENTREVISTA 4. PACIENTES)

CREENCIAS QUE DISMINUYEN EL CUMPLIMIENTO

1. **LAS CREENCIAS NEGATIVAS AFECTAN A LA CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO.**
2. **LAS CREENCIAS DE LOS FAMILIARES O VECINOS INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES**

CREENCIAS QUE DISMINUYEN EL CUMPLIMIENTO

«YO CREO QUE SON LAS CREENCIAS, QUE UNO NO CREE REALMENTE QUE TOMÁNDOTE 10 PASTILLAS TE VAS A CURAR» (ENTREVISTA 5. ENFERMERÍA)

CARACTERÍSTICAS DE LOS MEDICAMENTOS

1. **LA LECTURA DE LOS PROSPECTOS DE LOS MEDICAMENTOS OCASIONA CAMBIOS EN LAS CREENCIAS SOBRE EL MEDICAMENTO.**
2. **PREOCUPACIÓN POR LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS MEDICAMENTOS.**
3. **CONFUSIÓN POR EL PARECIDO ENTRE LOS ENVASES Y LAS CÁPSULAS DE LOS FÁRMACOS**

CARACTERÍSTICAS DE LOS MEDICAMENTOS

«ÉL LEE LOS PROSPECTOS, CADA VEZ QUE LE PARECE Y SE ENCUENTRA MAL, LO LEE UNA Y OTRA VEZ Y ESO LE DA MIEDO» (GF 1. CUIDADORES)

ANEXO III: Captación y valoración SPD® CIRCUITO DE CAPTACIÓN, VALORACIÓN Y DERIVACIÓN

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL MAYOR POLIMEDICADO			
HOJA DE COMUNICACIÓN DESDE EL CENTRO DE SALUD CON LA OFICINA DE FARMACIA			
Estimado compañero, el paciente con CIP _____ Edad _____ Sexo _____ Teléfono _____ cumple los criterios de inclusión en el Programa de Atención al Paciente Mayor Polimedicado, y ha mostrado su preferencia a que se haga el seguimiento desde la farmacia. Se envía una copia de su valoración y del tratamiento actual. Si necesita ponerse en contacto con nosotros, nuestros datos son:			
Nombre y apellidos del médico _____ CIAS _____		Nombre y apellidos de la enfermera _____	
Nombre Centro Salud _____ Teléfono _____		Turno (M/T) _____	
A partir de la valoración integral del paciente realizada en la fecha _____ se aconseja como sistema personalizado de dosificación, SPD:			
<input type="checkbox"/> Etiquetas en la caja de los medicamentos <input type="checkbox"/> Preparación del SPD por el paciente o cuidador <input type="checkbox"/> Preparación del SPD por un profesional sanitario			
Un saludo			
El médico responsable del paciente _____		La enfermera responsable del paciente _____	

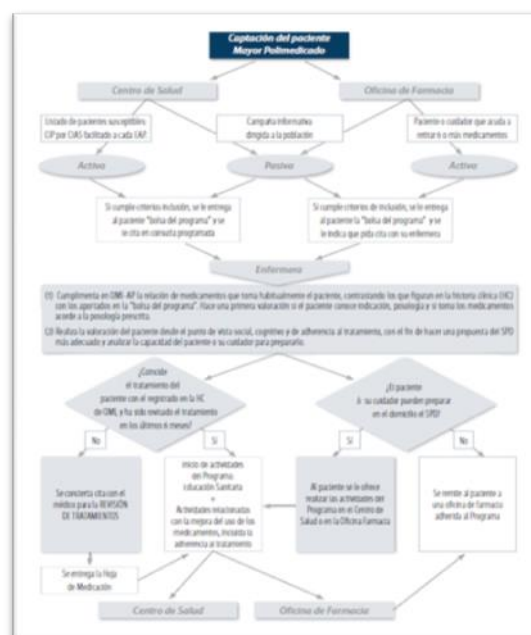


Figura 1 HOJA DE COMUNICACIÓN DESDE EL CENTRO DE SALUD CON LA OFICINA DE FARMACIA [5]

HOJA DE MEDICACIÓN

Fecha de emisión: 20/06/13 23 Página 1 de 1

Señal/D.O.: PRUEBA PRUEBA PRUEBA
 NASO: 28057750744
 CIP: PRPR260267914
 F.Nac: 27/02/1926

Centro de Salud de CONS. TORREJÓN DE VELASCO Teléfono:
 Médico: DAVID SÁNCHEZ ZAPATA
 N° Colegiado: 77777774

FARMACOS Ordenado cronológicamente	Desayuno	Comida	Cena	Al acostarse	Fecha Inicial	Fecha Final
ZYPREXA 10MG 28 COMPRIMIDOS - 28 COMPRIMIDO ORAL Posología: 1 cada 24 horas No mezclar con zumos de frutas	1	0	0	0	3/06/06	31/08/06
EZETROL 10MG 28 COMPRIMIDOS - 28 COMPRIMIDO ORAL Posología: 1 cada 24 horas Tomar con líquido abundante	1	0	0	0	1/06/06	30/08/06
OMEPRAZOL SUMOL 20MG 14 CAPSULAS DURAS EFG - 14 CAPSULA ORAL Posología: 1 cada 24 horas	0	0	1	0	1/06/06	30/08/06
SANDIMMUN NEORAL 50MG 30 CAPSULAS - 30 CAPSULA ORAL Posología: 1 cada 12 horas	1	0	1	0	1/06/06	1/06/06
TICLOPIDINA RANBAXY 250MG 50 COMPR REC PELIC 50 COMPRIMIDO ORAL Posología: 1 cada 12 horas Tomar 30 min antes de las comidas	1	0	1	0	1/06/06	30/08/06
(AMOXICILINA) 1000 MG 12 SOBRES	1	1	1	0	1/06/06	8/06/06
ADIRO 100MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - 30 COMPRIMIDO ORAL Posología: 1 cada 24 horas Tomar 15 minutos antes de empezar a comer	0	1	0	0	17/05/06	15/08/06

Figura 2. HOJA DE MEDICACIÓN PREESCRITA POR EL MÉDICO [5]

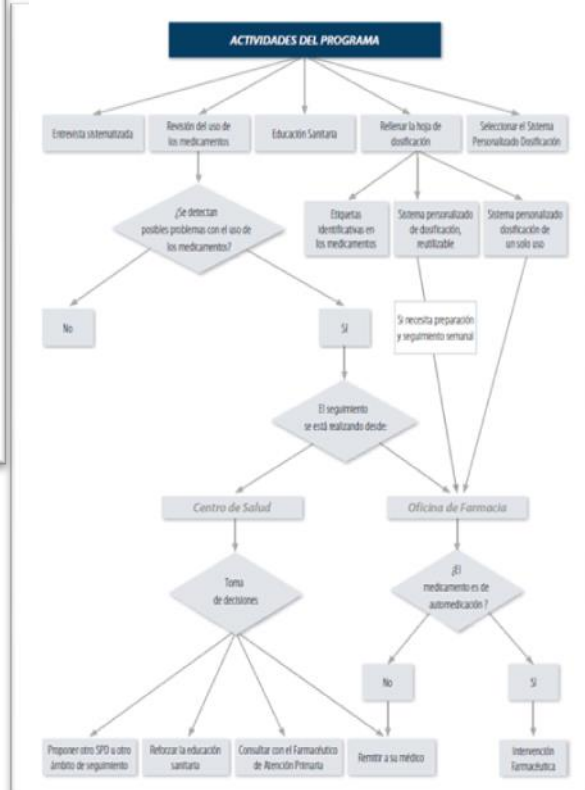


Figura 3. ESQUEMA DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE [5]

Figura 4. DISTINTOS MODELOS DE SISTEMAS SPD® [5]

